

様式第1号(第4条関係)

那珂川町不妊治療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

那珂川町長 様

申請者 住所 那珂川町
氏名
Tel

印

平成 年度において、那珂川町不妊治療費助成事業について、助成金を交付されるよう、那珂川町不妊治療費助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。

記

治療名			
治療を受けた夫婦の氏名	生年月日	住民となった年月日	加入保険名
夫	年 月 日	年 月 日	
妻	年 月 日	年 月 日	
婚姻年月日	平成 年 月 日		
医療機関名			
治療期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
保険診療適用外治療費	円		
国・県からの助成の有無	有・無(どちらかに○を)	円	
医療保険等からの助成の有無	有・無(どちらかに○を)	円	
助成金交付申請額	円		
振込希望口座	銀行 信用組合 農協 支店 支所 ふりがな 口座番号(普通・当座) 口座名義人 口座番号		

※ 添付書類

- ①那珂川町不妊治療費助成事業受診等証明書:領収書(コピー可)添付
- ②住民票謄本(続柄・本籍の記載があるもの)
- ③完納証明書
- ④ほかに助成金等の受給があるときは、その交付決定通知書等(コピー可)